

De daad bij het woord - Kanttekeningen rond het Masters en Johnson's fenomeen

door P. Nijs

'Im Anfang war die Tat'.

J. W. Goethe

Waarschijnlijk is het nog te vroeg om de juiste betekenis en draagwijdte te vatten van de wetenschappelijke onderzoeken en het nieuwe therapeutische programma, zoals deze door Masters en Johnson zijn gerealiseerd geworden. Toch kan nu reeds bevestigd worden dat hun werk in de geschiedenis van de psychotherapie op een of andere wijze een plaats zal innemen, die een echt scharnierpunt maakt voor een nieuwe richting in de behandeling van seksuele moeilijkheden: voor een *nieuwe beweging*. Vooral hun therapeutische resultaten hebben een overtuigingskracht, die sterker bleek dan de aanvankelijke achterdocht, waarmee hun bevindingen in medische kringen werd onthaald.

Deze afwijzende houding bleek o.m. uit het feit dat zij hun resultaten niet konden publiceren in grote leidinggevendende medische tijdschriften. Hierdoor waren zij aangewezen op meer 'regionale' tijdschriften, van minder wetenschappelijk gewicht: *Minnesota Medicine* (1960-1961), *Western Journal of Surgery* (1961-1963). Wanneer wij dit echter situeren in het kader van de geschiedenis van de geneeskunde is dit helemaal niet zo verwonderlijk.

Voor die geneeskunde heeft *gezonde* seksualiteit in de eerste plaats een voortplantingsfunctie. Sommige auteurs aarzelen trouwens niet om in de geschiedenis van de geneeskunde een geschiedenis van strijd tegen de seksualiteit als lust te zien (Sigusch, 1973). Deze strijd zette in toen de geneeskunde zich begon in te laten met het fenomeen seksualiteit, d.i. vanaf de achttiende eeuw. De start hiervan werd gegeven door het werk van Tissot: *L'onanisme ou dissertation physique sur les maladies produites par la masturbation* (Lausanne, 1760). In de negentiende eeuw kwam het zelfs tot een open *heelkundige* oorlog tegen de masturbatie: er werd ge-

Schrijver is hoogleraar aan de K.U.L.-Leuven, dienst Gynekologie en Verloskunde (Dir.: Prof. Dr. M. Renaer), Afdeling 'Huwelijk & Gezin' - Seksuologie. A.Z. St-Rafaël. Capucienenvoer, 35, B - 3000 Leuven.

amputeerd, gecauteriseerd, besneden, seksueel-gevoelige ze-nuwbanen doorgesneden, gecastreerd, . . .

Die patriarchale geneeskunde miskende quasi volledig het bestaan van een gezonde, vrouwelijke seksualiteit. De eerste clitorid-ectomie gebeurde nagenoeg dertig jaar vóór de eerste appendecto-mie . . .

Die geneeskunde was vooral sterk beïnvloed door de heersende moraal, die de seksualiteit verdrong. Deze seksueel-vijandige hou-ding was ontstaan met de verburgerlijking van de westerse maat-schappij tussen de zestiende en de negentiende eeuw, die, na de renaissance, een gans andere mens, andere tussenmenselijke ver-houdingen schiep. De seksuele pruderie ontstond als deel van een breder taboe-complex (Van Ussel, 1970). Het lichaam werd van een (levens)lust- een (arbeids)prestatie-orgaan.

In deze moraalcode was er identiteit tussen seksualiteit en voort-planting. Met dit 'voortplantingsdogma' (van Emde Boas) was verbonden dit andere dogma: alle seksuele handelingen, in wezen voortplantingsgericht, zullen beperkt blijven binnen het huwelijk als voortplantingsinstituut. Die moraal takelde de vitale middel-eeuwse mens af tot een dorre puritein, gedreven door lust- en driftangst. En van die moraal was de medicus jarenlang een horig dienaar, omdat hij in de praktijk de gevolgen kende van een niet aan (huwelijks)banden gelegde seksualiteit: onwettige kinde-ren en geslachtsziekten. Zolang immers efficiënte contraceptie ontbrak, kon een coïtus met niet geringe waarschijnlijkheid tot zwangerschap leiden. En vóór de ontdekking van de antibiotica waren de geslachtsziekten levensgevaarlijk. Elke seksuele daad, niet gewettigd door het huwelijk, was mis-daad. Het morele stigma 'zonde' werd vervangen door het stigma van de medische diagno-se: 'Abnormität, Perversion' (Kaan, 1843, von Kraft-Ebing, 1882). Dit 'seculair scotoom' liet bij de medicus dan ook gemakkelijk over lust-seksualiteit associaties opkomen als: ziekelijk, walgelijk, gevaarlijk, antisociaal, crimineel. De medische praxis ontmoette zulke seksualiteit slechts als lichamelijke ziekte (geslachtsziekten, criminele abortus), als geestesziekte (seksuele perversie in het psychiatrisch asiel) of als criminaliteit (seksuele delicten in de ge-vangenis). Onderzoek van de anatomie en fysiologie van de sek-suele reactie bij de mens was in dit kader van 'conspiracy of silen-ce', gewoon onvoorstelbaar, ook omdat het hier ging om *lust-fysiologie*.

Freud

In dit medisch bolwerk heeft Freud nochtans een bres geslagen met de copernicaanse omwenteling van zijn ontdekkingen: de rol van het dynamisch onbewuste en van de infantiele seksualiteit. Het bolwerk heeft echter vrij vlug de gelederen terug gesloten en de *lust-inzichten* van de rustverstoorder jarenlang uitgesloten als niet wetenschappelijk. Deze nieuwe inzichten, begonnen met de '*Studien über Hysterie*' (1895) en '*Drei Abhandlungen zur Sexual-*

theorie' (1905), hebben zich echter niet meer volledig laten verdringen. Zij hebben, autonoom, hun weg naar erkenning gevonden. De psychoanalyse bracht ook een coherent psychogenetisch inzicht in de opbouw van de (functie)lust, doorheen opeenvolgende stadia, waarin *erogene* zones met libido worden bezet, en uiteindelijk geïntegreerd onder het *genitaal* *primaat*.

Deze ontdekkingen stelden voorop dat menselijk seksueel gedrag geen manifestatie is van een monolithisch instinct tot soortbehoud. Menselijke seksualiteit is een complexe activiteit, die de natuurlijkheid van een biologisch, instinctmatig vastliggend gedrag mist én overschrijdt. Het gelukken van seksueel gedrag impliceert dan voor de mens *ontwikkeling* doorheen een persoonlijke geschiedenis van aangeboden en aan te grijpen mogelijkheden, met enerzijds kansen tot slagen, anderzijds ook risico's tot mislukken. Bevredigend seksueel samenleven is dus gebonden aan een ingewikkelde conditionering: dit veronderstelt een aantal voorwaarden die moeten vervuld zijn voor dit optimaal functioneren (enerzijds *lichamelijke*, anderzijds *sociopsychogene* factoren). Analyse van het seksuele gedrag – met de voorgestelde therapie – veronderstelt dus zowel kennis van de 'somatische fundering', het anatomofysiologisch substratum, als van die ontwikkeling met *Prägung* door milieu-invloeden, ook qua voorgeleefde attitudes, vooral in de eerste kinderjaren.

Bij het onderzoek en behandeling van de eerste hysterische patiënten kwam Freud tot een radicale breuk met het toenmalige therapie-model. Hij begon ook een gans nieuwe weg. Zijn basisinzicht was immers, dat deze *neurotische* stoornissen niet werden veroorzaakt door minimale *neurologische* letsels, totdantoe onzichtbaar voor de organische onderzoeksinstrumenten. Neen, neurotische symptomen zijn *zin-volle* symptomen: zij zijn een *taal* (een lichaams-taal bij de conversie-hysterie), waarvan de boodschap moet verstaan worden. Het is de opdracht van de psychotherapie de patiënt deze taal te leren lezen, het zinvol verband tussen het oorspronkelijk conflict (van seksuele aard) en het actueel symptoom te ontdekken, de verdrongen onbewuste psychische inhouden, in wat ze beduiden, door het bewuste 'ik' te laten integreren.

Freud, als kind van zijn tijd, was in zijn constructie van het psychisch apparaat en van het psychisch functioneren ook beïnvloed, zowel door wetenschappelijke als door maatschappelijke factoren. Er was immers het ideaal van het positivisme in de *fysiologie* (Bruecke, Helmholtz, Mueller, met o.a. het reflex-model, de wet van het behoud van de energie); in de *biologie* (Darwin's evolutieleer en genetische opvattingen); in de *neurologie*, enerzijds exact structuren beschrijvend, anderzijds organo-dynamisch (Jackson); in de *psychiatrie* (Griesinger's bekommernis voor exacte feiten uit de klinische observatie; Meynert's descriptie- en lokalisatie-activiteit voor een juiste diagnose); in de *psychologie*, met de invloed van Fechner. Bovendien leefde Freud in de Weense burgerij, en behoorde hij tot de joodse cultuur en traditie, met een voor-

liefde voor de klassieke oudheid (én het historisch perspectief) (Buelens, 1971).

Tegenover deze druk van een *empirisch, positief wetenschappelijk* ideaal is Freud een nieuwe, oorspronkelijke weg opgegaan. Zoals bekend leerde Freud tijdens zijn studieverblijf in Parijs (1885–1886) J. M. Charcot kennen 'spécialiste de la psychopathologie et de l'hystérie', 'qui enseignait à l'Hôpital de la Salpêtrière'. Hij was een indrukwekkend man: de foto's met zijn beeltenis 'in Napoleontische houding' liegen er niet om. Ook Freud schreef over hem aan zijn verloofde: 'Nach manchen Vorlesungen gehe ich fort wie aus Notre-Dame, mit neuen Empfindungen vom Vollkommenen . . . Mein Gehirn ist gesättigt wie nach einem Theaterabend . . . dass kein anderer Mensch je ähnlich auf mich gewirkt hat, weiss ich gewiss.' (24 nov. 1885). Het is ongetwijfeld een verdienste van deze grote leermeester met aanzien dat hij de hysterie waardigheid verleende door haar te bestuderen en te behandelen. Maar de wijze waarop dit gebeurde was bijzonder typisch, zowel voor Charcot als voor zijn tijd. De klinische demonstraties hadden de allure van een schouwtoneel: er was drama, er was demonstratie: *er werd wat getoond; er was wat te zien*.

Charcot was een man, die zich *bewoog* in de wereld van het *visuele*, en als het ware drama's opvoerde voor het aanwezige medisch publicum. Hij leefde in de wereld van de *pose*, de *geste* (icuatatie): de wereld van daden, die gezien of bewonderd worden. Dit was, alleszins tot op zekere hoogte, een antwoord op de hysterische tendenzen van de Victoriaanse levensstijl op het einde van de vorige eeuw. Freud schreef trouwens zelf over zijn wandeling op de Champs Elysées aan zijn verloofde: 'Die nobeln Damen gehen dort mit einer Miene spazieren, als wollten sie die Existenz der Welt ausser sich und ihren Männern leugnen.' De verdringende tendens van die victoriaanse tijd, verdrong bij zovele vrouwen de seksualiteit uit het schouwtoneel van hun dagelijkse doen en denken. Maar op het toppunt van de arc-de-cercle – tijdens de 'grote hysterische aanval' – werd de afwezige seksualiteit *dramatisch getoond* (Van den Bergh, 1961).

Hierbij maakte Freud ook kennis met (het voorbijgaand effect van) de klinische toepassing van de hypnose bij Charcot én de hypnose-experimenten van Bernheim in Nancy, die de dynamische rol van niet-bewuste elementen in het bewuste gedrag aantoonde. Freud heeft de nieuwe weg voor het behandelen van psychische moeilijkheden – psychotherapie – aangevat met de hypnose, en ook in gezelschap van hysterische dames. Dit gezelschap werd in-geleid door *Anna O.*, (schuilnaam voor Bertha Pappenheim), een hebreeuwse naam, die betekent: de lieflijke, de beminnelijke. Het genie van Freud heeft echter, in de psychoanalytische behandelingsweg, de begrenzing van de hysterische bestaanswijze radikaal overschreden.

De hypnose als methode verliet hij voor de openheid, de methode van de *vrije associatie*: gelijk wat invalt, d.i. alles kan uitgesproken worden. Aldus verliet Freud letterlijk het schouwtoneel van

een Charcot, hij trok zich terug uit de visuele wereld en de hysterische actie, om eenzaam de patiënte te beluisteren, buiten haar gezichtsveld. Doen en denken . . . Verwijst het visuele naar het doen, dan is correlatief aan het auditieve, aan het toe-horen de dimensie van het denken (Schotte, 1969). Zo heeft Freud de meditatieve positie van de denker (Rodin) ingenomen: *heil-zaam is de waarheid*.

Behandeling is een individuele aangelegenheid van de betrokken persoon; het is een eenzame, langdurige, monotone weg, waarin stap voor stap, moeizaam, niet zonder pijn, de weerstand tegen verandering overwonnen wordt, tot grotere ontplooiing en bevrijding van de persoon. In een groep kan veel worden gedaan, – gerealiseerd in groepswork –, maar de grote creatieve momenten, die een mensenleven richten, zijn weggelegd in eenzame momenten, hoogtepunten van intuïtie en scheppende ontvankelijkheid, ver afgezonderd van de drukdoende werkelijkheid. Dit kan de analytische situatie aanbieden.

Deze zelf-ontdekking en zelfkennis geschiedt in de psychoanalyse onder en dankzij de regel van de vrije associatie. 'Alles uit-spreken' is maar mogelijk op voorwaarde van 'niets doen': de strikte abstinentie van géén acting (out). Tegenover de hysterische wereld van de dramatische actie, de visuele saturatie van het onecht-theatrale en de opwindende bewegingen van het schijnbaar-nieuwe van de fantasie, poneert Freud de strakke behandeling: eenzame weg naar zelfontplooiing naar de helleense maatstaf: 'γυνή σεαυτὸν', bezinningstocht naar de waarheid, die heilzaam is.

Hoeft het ons te verwonderen dat niet alle psychotherapeuten beschikken over de spankracht der '*Gelassenheit*' van de Meester? De fantastisch-begaafde en onstuimige Ferencsi, ongeduldig bij de langzame gang van de *verbale* psychotherapie, verliet de wereld van het woord, ook in een poging om de stagnerende therapie in beweging te brengen. En waarom stukt deze therapie? Een therapie stagneert omdat de weerstand tégen de behandeling naar verandering zich handhaaft. Zo is elke therapie uiteindelijk een weerstandsanalyse, én een overdrachtsanalyse, waarbij Freud tot het inzicht kwam dat overdracht tenslotte ook een weerstandsfenomeen is: '*Agieren*': i.p.v. het zich herinneren (langs de weg der vrije associatie), komt de herhaling van de herbeleving.

Zulk ageren is uiteindelijk nutteloos: het voert niet tot inzicht, tot bewustwording, vermits dit laatste veronderstelt dat het opgenomen wordt in de taal: de weg van het woord vindt. Bij ageren verdrukt en verdrinkt het storend probleem zich in handelingen, waarvan de ware zin en bedoeling aan de dader ontsnappen. Hoe *spec-taculairder* dit zich voor-*doet*, hoe meer het zich ook bedient van hysterische registers, ten dienste van de verdringing, ten dienste van de weerstand tegen een werkelijke op-klaring van het probleem. Daarom poneerde Freud ook ondubbelzinnig: '*Die Kur muss in der Abstinenz durchgeführt werden*'. Hierdoor wordt de therapeutische houding niet herleid tot passiviteit, wel opgevoerd naar de openheid van de maximale receptiviteit (der 'freischwe-

bende Aufmerksamheit').

Bij een dergelijke radicale aanpak van de hysterische organisatie, zoals de psychoanalyse deze bemeestering bedoelde, trok het onbewuste zich als het ware terug uit deze stellingen en zocht nieuwe wegen om zich (verhuld) te manifesteren.

Na Freud: nieuwe genezers in een andere maatschappij

Vermits de 'strategie' analytisch ontmaskerd was, 'verdween' de grote hysterische crisis. Misschien wist de vallende hysterica uit ervaring ook wel dat er in de veranderende wereld minder en minder galante armen, wel meer en meer spanbeton kwam (Van den Bergh, 1961). Dit is dan een concrete illustratie van het feit dat de manifestatie van psychoseksuele moeilijkheden evolueert met de tijd. Onze tijd is een tijd, waar de freudiaanse inzichten gedilueerd werden in vulgarisatie-werken. Niet te verwonderen dus dat een hysterica nu niet meer verschijnt, vermomd in de klederdraacht en allures van onze overgrootmoeders (Perrier, 1968).

'L'hystérique ne fait de théâtre, il *est* théâtre', aldus Racamier, die ons kan laten besluiten dat het uiteindelijk de omgeving is die beslist welk 'theater' nu succesvol opgevoerd kan worden (Racamier, 1952).

Een andere samenleving

En deze omgeving is sinds de eerste helft van de twintigste eeuw grondig veranderd: een post-industriële, kapitalistische maatschappij, georganiseerd door een staatsmachine, dit alles ook dank zij een wetenschappelijk-technische vooruitgang. De speelruimte voor de creatieve fantasie wordt dan echter ook progressief ingeperkt in het rigiede kader van de huidige cultuur, waarin Lacan terecht wees zowel op de toenemende obsessionalisering als op de tendens tot het paranoïde – niet alleen door de machinaties van de onzichtbare staatsmachine, die alle burgers centraal in codes registreert en vastlegt. Ook de wetenschap wordt nu in haar vooruitgang door dezelfde tendenzen beïnvloed. Obsessionalisering brengt echter ook in reliëf: het universum van het doen, de produktie-prestatie, de (musculaire) daad.

Zo is het contrast groot tussen de reflexieve zinzoeker van het westelijk avondland, maanzieke erfgenaam van Hellas, en de actief-ondernemende burger van de Nieuwe Wereld, die stoutmoedig de eerste stap *op* de maan zette. Hier komt de betovering van de techniek, die wonderen verricht binnen de realiteit van de groep, die volmaakt samenwerkt. Het theater van de negentiende eeuw is omgeruild tegen Cape Canaveral, de bouwwerf, de fabriek, het laboratorium (Deleuze, Guattari, 1972). Tegenover de dimensie van het *kennen*, vroeger zo hoog gewaardeerd, komt de succes-dimensie van het *kunnen-doen*. Een succes-prestatie gelukt maar dank zij een sterk-gestructureerd team, dat gedisciplineerd samenwerkt, en volgens een getimed programma vooruitgaat.

Vanzelfsprekend hebben deze stromingen ook invloed uitgeoefend op de psychotherapie, zowel in haar theorievorming als in haar concrete praktijk. Tegenover het primaat van de genitale organisatie in de psychoanalyse, die in haar '*familialisme*' het verlangen kerkert in het gezinssysteem – '*la famille sainte*' – komt nu het recht op seksuele vrijheid en op genot. Zo kwam – zeer betekenisvol – met de mei-revolte van 1968 de eis tot afschaffing van het primaat van het genitale en tot 'bevrijding' van de partiële driftcomponenten, die alle als gelijkwaardig met de genitaliteit moesten erkend worden.*

De gevolgen hiervan zijn echter ver-reikend: uiteindelijk betekent dit een los-laten van de groei-richting in het seksuele, van de ontwikkelings-zin, van de relatie-betekenis. Dit kadert dan in de ervaring van Amerikaanse analytici, die in plaats van de victoriaanse seksueel geremde patiënt, nu meer en meer cliënten ontmoeten, die een levensfrigiditeit bij zich vaststellen. Dit is de kille ervaring van de onmogelijkheid om een affectieve binding aan te gaan doorheen een psychoseksueel engagement: '*On peut faire l'amour sans amour*': symptoomverschuiving naar de depersonalisatie en naar het anonieme.

Deze sociologische verschuivingen laten echter ook toe dat oude, vergeten afweer-mechanismen terug optreden. Zo is er, alhoewel nauwkeurige statistieken vooralsnog ontbreken, de klinische indruk dat het arc-de-cercle-fenomeen de laatste tien jaren terug frequenter wordt bij jonge vrouwen, bij wie trouwens velen een voorliefde koesteren voor klederen uit grootmoeders tijd. Misschien is dit in psychiatrische kringen nog minder bekend, omdat deze freules de ervaren psychiater vermijden en eerder de gynaecoloog opzoeken, die minder vermoedt, zo menen zij.

Daarbij mag niet uit het oog verloren worden hoe schouwlustig onze maatschappij georiënteerd is. Er is het dagelijks kijkgenot van film of T.V. Elke avond zitten tienduizenden, in trosjes naast elkaar als konijnen voor deze moderne lichtbak, *stom*. Seksualiteit behoort hier meestal tot het dagelijks aangeboden menu, terwijl ook de uitbeelding van geweld bij de passieve kijkers soms een masochistisch genotsniveau bereikt.

In West-Europa was het elektriciteitsverbruik (omwille van T.V.-apparaten) het hoogst in de nacht van de eerste landing op de maan. Intussen is dit voor velen, met hun actieve leven, een vergeten datum geworden; de vlakten van Cape Canaveral liggen voor de bezoekers doodsverlaten, bijna zo vreemd als de droom-resten van het duizendjarig germaanse rijk.

In deze maatschappij, zo schouwlustig, is er weinig ruimte voorzien voor beschouwing, bijna geen zin-volle plaats voor bezinning. Wij wezen reeds op de radicale eenzaamheid van de psychoanalytische positie die juist in die moderne samenleving met haar

* De slagzin: '*le vagin au pouvoir*' in die tijd geschilderd op het huis van een eminent Leuvens hoogleraar appelleert zowel op dit recht op genot als op de ambiguïteit van de vrouwelijke seksualiteit in haar genitale organisatie.

druk-doende demonstraties schril zal contrasteren. Er werd hierbij ook herinnerd aan de 'niet-actieve' grondregel van de vrije associatie als openheid tot creatieve zelf-ontdekking. Hieraan bleef Freud levenslang gestand. En hij verdedigde dit ook, wanneer men met andere middelen de therapie, stagnerend in de weerstand, terug in beweging wilde brengen.

Nieuwe genezers

Maar na Freud kwamen 'andere genezers': o.a. Moreno, die uit zijn oorspronkelijk 'voor-de-vuist-weg-toneel' ('Stegreiftheater', als theater van de spontaneïteit) zijn psychodrama organiseerde, waarin naast de leidende therapeut, de hulptherapeuten (*auxiliary ego's*) het *dramatiseren* van verlangens en angsten van de patiënt bevorderen. Hiervan schrijft Pontalis accuraat: 'En *mettant en scène les fantasmes des autres*, Moreno allait pouvoir *mettre en acte le sien*'.* Het is niet moeilijk om hier de registers van het visuele in al zijn beweeglijkheid te herkennen; het *spectaculaire* drama, acteur, toeschouwers, regisseur . . .

Ook in de eerste helft van de twintigste eeuw kwamen allerlei wijzigingen, aanpassingen, om de psychotherapie doelmatiger, efficiënter, sneller te laten verlopen dan de klassieke doellose psychoanalyse, waarvan het einde steeds in vraag bleef.

Van de Psychotherapie in beweging naar de beweging van Masters en Johnson

Wellicht kan men in de geschiedenis van de psychotherapie doorheen haar verloop en peripetieën dezelfde conflictdynamiek aflezen, die zich juist afspeelt tijdens elke concrete psychotherapie met haar geschiedenis. Het inzicht van de psychoanalyse is dat de weerstand tegen het genezingsproces – waardoor de therapie juist stagneert – moet en zal overwonnen worden op het niveau van het gesprek. Het blijft de verdienste van een Lacan, dat hij in de psychotherapie zo de primauteit van de taal poneerde. Hiermee wordt echter niet alleen bedoeld een zuiver rationele, kristalheldere taal, hetgeen trouwens duidelijk wordt bij eerste lectuur van het oeuvre van Lacan, die in zijn terugkeer naar Freud diens boodschap wil laten *horen*, niet meer verarmd tot obsessionele interpretatie-schemata of overdekt met hysterische onechtheid (Lacan, 1966). Het is niet onwaarschijnlijk dat een nieuwe accentuering van de therapeutische waarden van het *woord*, de eenzame positie versterkt van de analyticus in onze *druk-doende maatschappij in beweging*.

Welnu, in de historische onvoldaanheid van deze maatschappij met de psychotherapie, waarvan het basis-model in de psycho-

* Ook een Frieda Fromm-Reichmann wees op de rol van de activiteit, gezien men genoeg wist van het therapeutische proces om actief te interveniëren . . . en eindeloos en vaag gepraat in de analyse af te remmen. (Salzman, 1967).

analyse ligt, komen de bevindingen van Masters en Johnson op een zeer geschikt ogenblik, tegelijkertijd met een aantal zeer merkwaardige facetten. 'Human Sexual Response' is een pionierswerk van een elfjarig onderzoek van anatomie en fysiologie van de seksuele respons-cyclus van de mens: van man en vrouw tot op hoge leeftijd. Centraal staan hier meting en directe observatie, in laboratoriumomstandigheden, van de seksuele responscyclus bij aangepaste seksuele stimulering. Hun diagnose-criteria, bv. i.v.m. orgasme, zijn dan ook *fysiologische* criteria, waarbij zij ook nadruk leggen op de *gelijkenis* van de respons bij man en vrouw en niet zozeer op de verschillen.

'Door pogingen om een antwoord te geven op de uitdaging die ligt opgesloten in de vraag: "Wat doen mannen en vrouwen in reactie op doeltreffende seksuele prikkeling?" is de nadruk komen te liggen op de *overeenkomsten*, niet op de verschillen in de anatomie en de fysiologie van de menselijke seksuele reactie', (Masters, Johnson, 1966).

De psychoanalyse reveleerde hoezeer het seksuele gedrag van de mens baadt in fantasmen. Van daaruit wordt ook een *seksuele intentie* gedragen, die dus met historische wortels de zin van die seksuele taal thematiseert. Seksuele gevoelens zijn dus gericht, hebben een object. Het lichaam ondergaat niet alleen deze gevoelens, maar zal ook de gerichtheid op het object uitdrukken. Hiervan is de erectie een klaar voorbeeld: 'Het lichaam ondergaat de aantrekkingskracht die van het seksuele object uitgaat maar zijn antwoord, de erectie, is niet enkel uitdrukking van dit ondergaan, maar ook uitdrukking van het seksuele begeren, van intentionaliteit' (Buyse, 1970).

De psychoanalyse heeft ook reeds tijd gehad om een anthropologische theorie (metapsychologisch, filosofisch) uit te bouwen. Het zou dus onrechtvaardig zijn dit nu reeds te vragen aan het werk van Masters en Johnson. Wellicht is het ook niet de hoofdbekommernis van deze richting, die toch een 'plezier-verbintenis' viscet. En praktische bruikbaarheid blijft hier een grote bekommernis. Seksualiteit is dus een fysiologische functie; zij kan en dient even spontaan te functioneren als de ademhaling. Men hoeft echter niet te veel te letten op de (zin van de) ademhaling: dan stikt ze.

Ook de seksuele functie wordt in onze cultuur te nauwlettend in het oog gehouden, vooral door allerlei ideologieën, die het spontaan seksueel functie-verloop inhiberen. Zo is bij velen een opvoeding door een restrictieve moraal een grote rem. Masters en Johnson benadrukken – historisch helemaal niet toevallig – vooral de inhibitie door de spectator-rol: de seksuele partner wordt toeschouwer op eigen seksuele (relatie-)prestatie.

De behandeling ligt dan ook voor de hand. Kennis door uitvoerige en gedetailleerde informatie nopens de seksuele responscyclus is onmisbaar. Maar daarnaast moet men leren doen: een gestructureerd programma van (speel)oefeningen, een training, waardoor stap voor stap het onhandig, houterig gedrag vervangen wordt door de spontane seksuele respons, die zich als het ware terug

mag instellen. Een balinese danseres toont met haar gedetailleerde handbewegingen aan westerlingen hoe hún lichaam, log en verlaten, houturig verstarde. Het antwoord van een Masters en Johnson therapie is dan ook klaar: een *behandeling* van oefeningen om deze spieren, door de cultuur buiten gebruik gesteld, terug in beweging te brengen. Maar in zulke neuro-anatomische en fysiologische visie is er geen gehoor voor de beleving inhoud.

Ter vergelijking: wanneer de extensie van de duim beperkt is, zal alleen oefening een adequate extensie bevorderen. Noch de beperkte, noch de volledige extensie *betekenen* iets: het zijn anatomische verplaatsingen van beenderen en spier(groepen). Dat deze dame met haar duim in extensie om een lift in het verkeer vraagt, valt als boodschap buiten het neuro-anatomisch observatieveld. *Zo ook zijn seksuele moeilijkheden eenvoudige functiestoornissen.* Een erectie-stoornis zal, door het aangepaste oefenprogramma *be-handeld* worden, eigenlijk analoog aan de beperkte extensie van de duim, wat ook de boodschap zij waarop dit neerkomt.

(Gedrags)psychotherapie of kinesitherapie?

De opzet van de therapie is allereerst terug beweging in het lid te brengen, of het lid in beweging. Is dit niet de fundamentele aspiratie van kinesie-therapie? Sluit Masters en Johnson's therapie dan niet dichter aan bij kinesie-therapie dan bij (gedrags)psychotherapie?

Enerzijds bedoelen zij een relatietherapie te zijn, niet louter toegespitst op de tastbare anatomofysiologische (peno-vaginale) equivalenten van een (seksuele) relatie. Anderzijds is het in hun therapeutisch concept goed doenbaar dat bijv. een echtpaar na een mislukt huwelijk, vóór de scheiding, eerst samen nog de seksuele dysfunctie opklaart, als een waarborg voor maximale partnerkansen nadien.

In een neuro-anatomische en fysiologische visie heeft seksualiteit geen zin, geen intentie, geen geschiedenis, geen communicatie. Hierbij maakten Masters en Johnson wel volgend onderscheid. Het bereiken van een goede (controle over de) ejaculatie-reflex bij de man is meer een fysiologische dan psychologische aangelegenheid; terwijl het herwinnen van de erectie eerder een psychologische dan fysiologische herconditionering vraagt. Zoals reeds gezegd, onderstrepen Masters en Johnson de fysiologische eenvoudigheid. Ook al geven ze verscheidenheid toe bijv. in het vrouwelijk orgasme, toch stellen zij dadelijk vast dat 'de fundamentele fysiologische reacties ... van orgasme tot orgasme gelijk blijven' (Masters, Johnson, 1966).

Zowel de man als de vrouw hebben binnen deze eenvormigheid dus een *eigen fundamenteel patroon*, dat door Masters en Johnson als *norm* zal gehanteerd worden, zowel voor hun algemene stellingen over de seksuele respons als voor hun therapeutische adviezen. Masters en Johnson gaan dus niet terug naar Freud (zij vullen eerder het Kinsey-rapport aan); maar hun positie in de huidige

maatschappelijke stroming is hoogst merkwaardig. Zij keren niet terug naar Freud (zoals een Lacan), maar, naar een traditie vóór Freud: het organische medische model, dat met deskundige autoriteit aan de patiënten wordt opgelegd. Zoals Freud hebben zij een *essentialistische* visie op de seksualiteit, ook onder 'de tirannie van het genitale' (Freud). In tegenstelling met Freud zijn hun essentialistische criteria echter anatomo-fysiologisch (Singer, 1977). Het is essentieel een *neuro-anatomisch reflex-model*; de behandeling zal dan ook volgens het basisbeginsel S – R (stimulus-reactie, reflex, respons) verlopen.

Seksualiteit heeft dus intrinsiek geen zin, geen bedoeling, ook al is de conditionering in onze samenleving meestal wel (gebrekkig) heteroseksueel, echter niet noodzakelijk. In deze theorie is, mits aangepaste stimulering en (her)conditionering, experimentele 'ompooling' van hetero- naar homoseksueel en omgekeerd goed denkbaar, hetgeen niet zonder therapeutische consequenties is zowel voor heteroseksuele als voor homoseksuele moeilijkheden.

Alhoewel de Masters en Johnson's behandeling zich als een relatietherapie aanbiedt, blijven hierbij toch vraagtekens. Uiteindelijk gaat het, in deze relationele visie, toch vooral om de tastbare (d.i. meetbare en verifieerbare), anatomo-fysiologische equivalenten, die naar een orgastische heteroseksuele coïtus voeren. Het gaat om de relatie voor zover deze *tastbaar* is in de anatomo-fysiologische veranderingen van de seksuele responscyclus. De zwakheid (of de contradictie) in dit *parentherapeutisch* concept blijkt uit het (succesvol) inschakelen van de surrogaatpartner, met wie letterlijk een surrogaatrelatie wordt gelegd in een mini-huwelijk ritueel. Terloops zij eraan herinnerd dat alleen het werk van vrouwelijke surrogaat-partners is vermeld. (Bij de vervangende partners ligt de problematiek nog iets ingewikkelder). Hierover schrijven de auteurs: 'Wij hebben evenmin de gedachte overwogen een mannelijke surrogaatpartner te verschaffen als een ongetrouwde vrouw niet in staat was geweest een relatie van enige betekenis met een meewerkende man op te bouwen, voordat zij bij ons in therapie kwam. Een vrouwelijke surrogaatpartner verschaffen voor een dysfunctionele man, maar dat niet te doen met een mannelijke surrogaatpartner voor de seksueel inadequate vrouw, schijnt toepassing van een dubbele norm voor klinische behandeling te impliceren; dat is echter niet het geval . . . Een man hecht primair waarde aan zijn capaciteit tot effectief seksueel functioneren. Dat is gezond en realistisch . . . Als resultaat beschouwt de man de bijdrage die door een surrogaatpartner wordt geleverd meestal op dezelfde manier als hij een recept voor een ander soort lichamelijk onvermogen zou beschouwen . . . De vrouw daarentegen heeft geen overeenkomstig seksueel erfdeel. Voor zover bekend is haar effectiviteit van seksueel functioneren niet noodzakelijk voor de voortplanting' (Masters, Johnson, 1970).

Niet alleen feministen zullen hierin duidelijke sporen van een dubbele moraal herkennen. In het therapeutisch centrum te St.-Louis wordt de bezoeker trouwens getroffen door de overdreven medi-

sche en autoritaire sfeer (de cliënten waarschijnlijk ook). In dit medisch-somatisch model van therapie stellen Masters en Johnson ook de eis dat één lid van het therapeutisch paar medicus moet zijn, vermits 'de diagnose onzeker blijft tot na (*tastbare verificatie* van) het gynaecologisch of andrologisch onderzoek'. Zij verkozen ook een gemengd therapie-team, niet alleen omdat zij 'als tolken functioneren om er zeker van te zijn dat er geen misverstanden ontstaan uit emotionele en seksuele taalbarrières, maar ook omdat zij aan het therapeutisch proces een 'realiteitsfactor' geven en de overdracht (menen te) vermijden of onmiddellijk neutraliseren'.

De rigiede nauwgezetheid, waarmee beide auteurs op wetenschappelijke congressen hun resultaten voordragen, is wereldwijd bekend, evenals de strakheid van hun therapeutisch programma tot soepel seksueel functioneren. Door verschillende onderzoekers werd bevestigd dat de therapeutische resultaten van Masters en Johnson niet volkomen reproduceerbaar zijn. Dit wordt verklaard door de ongewone (directieve) kracht van hun 'persuasieve psychotherapie', waarbij zij bewust niet het relatie-conflict, wél de plezier-verbintenis met autoriteit steunen. En hun medische autoriteit is wereldwijd (Verhulst, 1978).

'De innerlijke distantie en zakelijke mentaliteit van hun rechtstreekse observaties van de menselijke seksuele respons cyclus' (Giese, 1967) zijn volgens sommigen ook in schril contrast met het massale voyeuristische genot bij de vloed van seksuele responsfilms, die rondom semi-wetenschappelijke seksuologische congressen getoond worden.

De nieuwe sekstherapieën in de beweging van de huidige maatschappelijke stromingen

Alleen in de U.S.A. kwamen een slordige vijfduizend centra voor de nieuwe sekstherapie. Ook op het T.V.-scherm kan men de invasie aanschouwen van seks-therapeuten, sex-counselers, seks-informatie-programma's. En voor meer kapitaalcrachten is een gamma van *audio-visueel* materiaal beschikbaar, als een 'help-U-zelf' programma. De relationele inhoud wordt hier echter hoe langer hoe meer verdund, en alleen de (fysiologisch) seksuele dysfunctie komt nog in de kijker.

Het is trouwens een ervaring van centra, die Masters en Johnson therapie toepassen, dat het succes voor de therapie van de seksuele dysfunctie juist moeilijker wordt, wanneer eveneens ernstige partnerproblemen aan de orde (van de therapie) zijn. In die zin kwamen sommige centra tot een uitsplitsing van seksuele dysfunctie-therapie enerzijds en (communicatie) relatie-therapie anderzijds. Ook in het centrum van LoPiccolo worden alleen paren aanvaard bij wie het seksueel probleem zuiver en primair is, zo vermeldt J. Verhulst (1978).

Deze beweging kristalliseerde zich verder uit in feministische tendenzen, waarbij bijv. Kelly het volkomen vrouwelijk orgasme wil

loskoppelen van de heteroseksuele coïtus; bij zulke orale of manuele stimulatie wordt de penis overbodig. Ook in deze richting kan men de revolutionaire eis tot omwerping van het genitaal-primaatschap erkennen.

Een mooie illustratie van het feit hoe de relatiedimensie (én de man) op het achterplan (d.i. achter de vibrator-partner!) verdrongen wordt, blijkt uit het werk van Julia Heimann en J. & L. LoPiccolo (1977). Hiertoe volstaat even in volgorde de titels van de hoofdstukken te overzien. Daaruit blijkt inderdaad hoe eerst en vooral veel aandacht besteed wordt aan de zelf-ontdekking, zelf-stimulatie en zelf-bevrediging van de vrouw. Voor vele vrouwen, met een repressieve opvoeding, is een 'zelf-bevrijding' uit seksuele remmingen, oude vooroordelen en verlamdende vrees zéér nodig. Het programma geeft echter soms de indruk zelf-genoezame vrouwen te willen creëren. Een vibrator is immers 'de vriend, die een handje toesteeft', terwijl coïtus met een man, een mogelijkheid tussen andere vormen van seksuele affectie, een onderdeel en niet zozeer hoogtepunt van seksuele expressie is.

Naast de talrijke centra voor de nieuwe sekstherapie wordt op de Amerikaanse markt, zoals reeds werd gezegd, ook een brede waaier van audiovisueel materiaal aangeboden. Zij bedoelen ook een 'handje toe te steken' waar dit nodig is. In het autoritair-medische, en ingrijpende model is het ook evident dat de deskundige tussenkomst kinesie-therapeutisch aan-grijpt op de functiestoornis. In deze lijn liggen dan ook de 'Californische handgrepen', waarbij de (kinesie?) therapeut door massage rechtstreeks de seksuele respons bij de patiënten evalueert en stimuleert.

Over de fase van directe therapeutische observatie van de cliënten-oefeningen heen, is dit dan (voorlopig) de laatste schakel in een behandelingsarsenaal, voor zover tenminste de (indo-)germaanse taal het therapeutisch instrumentarium etymologisch (beperkend) aanduidt. Europese therapeuten stellen zich hieromtrent trouwens een aantal vragen, wanneer zij in sommige Amerikaanse centra geconfronteerd werden met de klinische demonstraties van zulke therapeutische handgrepen (Pasini, 1975). En het is verleidelijk een vergelijking te maken met didactische demonstraties zoals ten tijde van Charcot, d.i. vóór de grondinzichten van de psychoanalyse.

De nieuwe sekstherapie: kinesitherapie voor de stagnerende psychotherapie?

Wanneer wij het geheel van deze fenomenen overzien, dringt zich spontaan ook de term kinesie-therapie op, in een andere context, nl. in historisch perspectief. Immers, na een halve eeuw psychotherapie, geïnspireerd naar het psychoanalytisch model, heeft de psychotherapie de neurose in onze samenleving niet overwonnen, ook al is deze samenleving grondig beïnvloed door de ontdekkingen van de psychoanalyse. Deze overwinning zal trouwens nooit definitief bevochten zijn.

Met de verschuivingen in de symptomatologie organiseerde de weerstand tegen de behandeling zich ook langs nieuwe wegen.

Wanneer hierbij in vele centra de psychotherapie vastliep, steeg het ongeduld juist maximaal na de jaren vijftig van deze eeuw. Om deze stagnerende therapie los te wrikken, kwam er een nieuwe therapie, letterlijk een *kinesie-therapie*, met het opzet de psychotherapie uit de impasse te bewegen. '*Genoeg getalmd, nu de daad bij het woord*', was de slagzin van een turnleraar in een middelbare school van intelligente, onhandige jongens, óók in de jaren vijftig.

De implicaties van zulke sprong zijn duidelijk. De psychotherapeutische grondhouding (niet actief ingrijpend, niet-directief) wordt verlaten voor een autoritair, medisch gestoeld model van vooraf geprogrammeerde interventies. '*Het woord bij de daad*' schept dan een nuttige konditie, waardoor dit medisch handelen en functioneren maximaal effect oplevert. M.a.w. het gesprek is begeleidend informatief, directief, en, in zijn therapie commentariërend aspekt, een klaar en eenvoudig geheel van common-sense wijsheid en gezond verstand nopens seksualiteit en relatie (cfr. '*De plezier verbintenis*'). Deze dokter is de deskundige; d.w.z. hij is *kundig* desbetreffend: betreffende de anatomie en fysiologie van de seksuele responscyclus bij man en vrouw. Zijn medisch-seksuologisch handelen oriënteert zich naar de (cijfer)gegevens van laboratoriumbevindingen, empirisch geobjectiveerd. Hij stelt vooraf de diagnose nopens wat er seksueel schort, en hij stelt nadien de therapie in. Zijn persoonlijk gezag en autoriteit blijken dan niet zonder invloed op de resultaten. In een minimum van tijd brengt de strak geprogrammeerde therapie een maximum aan functioneren in beweging. Aan het primaat van dit medische is dan correlatief het primaat van het genitale: heteroseksuele coïtus bekroond met (multiple) orgasme.

Uit de wereld van de taal duikt men dan echter in het universum van de daad. In plaats van de afstandelijkheid van het woord komt de onmiddellijkheid van de aanraking, die de therapeutische abstinentie 'no touching' overschrijdt.

Het zou interessant zijn de homoseksuele komponente in deze sekstherapeutische methode te evalueren. Deze homoseksuele komponente wordt hier bedoeld in de szondiaanse betekenis, nl. de neiging om zich terug te plooiën op het lichaam, erin te verzinken, om genot te ervaren: de overgave aan het lijfelijke: *de sensuele immanentie*, hetgeen dus een zeker terugtrekken betekent uit de bewuste, transcendente bestaanswijze. (De Waelhens, 1972.)

Impasse?

Freud omschreef kernachtig de weg van de psychotherapeutische opheldering, tegelijkertijd zelf-bevrijding van het ik van de persoon: '*Wo Es war, soll Ich werden*'. Deze ontwikkeling en expansie integreren regionen, voordien aan de bewuste persoon onge-

kend, onbewoond. Bewegen de moderne sekstherapieën niet radikaal in tegengestelde richting? 'Wo Ich war (bin), soll Es kommen'. De persoon ont-plooit zich dan niet door konfliktbemeestering of integratie van driftmatigheid; integendeel, het ik deint zich veeleer uit in een verzinken in de lust, die zich autonoom ont-plooit en uitbreidt *van-zelf*, in de *bijslaap*.

Is dit verzinken het historisch antwoord op de stagnatie in de psychotherapie? Dan is de toekomst, alleszins voor de behandeling van de seksuele dysfunctie, niet aan de (klinische) psychotherapie, wèl aan kinesie-therapeutische richtingen. In elk geval zal deze nieuwe therapie in de toekomst *metterdaad* moeten bewijzen over voldoende therapeutische kracht te beschikken om zich vrij te bewegen doorheen het moeras van de seksuele dysfuncties.

En de vlag boven deze vaart is van een andere wereld dan het Leit-motiv, dat Freud bij het begin van de twintigste eeuw, als een teken stelde boven 'Die Traumdeutung' (1900).

'FLECTERE SI NEQUEO SUPEROS, ACHERONTA MOVEBO'.*

In het Banket laat Plato Phaedus zeggen dat 'Eros een grote god is . . . niet in het minst om zijn geboorte: uit Chaos'. Is het een vermetele verwachting dat uit de chaos van de huidige wildgroei rondom nieuwe sekstherapieën de Eros van een levenskrachtige therapie herboren wordt?

Intussen rest ons de wijsheid van de moderne dichter, auteur van 'De lenige liefde': 'vermoedelijk verwarde ik liefde toen met gymnastiek' (De Coninck, z.d.).

Literatuur

Buelens, J., (1971), *Sigmund Freud, kind van zijn tijd*. Boom, Meppel.

Buyse, G. (1970), Over orgaanneurosen en vooral over hartneurosen. *T. Geneesk.*, 26, 7, 374.

De Coninck, H. (z.d.), *Zolang er sneeuw ligt*. Van Oorschot, Amsterdam.

Deleuze, G., Guattari, F. (1972), *Capitalisme et Schizophrénie: L'Anti-oedipe*. Ed. Minuit, Paris.

De Waelhens, A. (1971), Sujet et Système dans la pensée de Szondi. – In: *Contributions à l'Analyse du destin*. Szondiana VIII, Béatrice – Nauwelaerts, Paris-Louvain.

Freud, S. (1968), *Brautbriefe*. Fischer Bücherei 899, Frankfurt.

Freud, S., Zur Dynamik der Uebertragung. *Gesammelte Werke*, Vol., 365-374.

Freud, S., Bemerkungen über die Uebertragungsliebe. *Gesammelte Werke*, Vol. X., 306-321.

Giese, H. (1967), Zur Einführung. – In de duitse vertaling van W. H. Masters & V. E. Johnson: *Die Sexuelle Reaktion*. Ak. Verlagsgesellschaft, Frankfurt.

Heiman, J., Lopiccolo, L., Lopiccolo, J. (1976), *Becoming Orgasmic: A Sexual Growth Program for Women*. Prentice Hall, New Jersey, 219 pp.

* Als ik de goden niet op mijn hand kan krijgen, zal ik de onderwereld daartoe bewegen (Vergilius, Aeneis 7, 312).

- (Ned. uitgave in voorb.: De Ned. Boekhandel, Antwerpen.)
- Lacan, J. (1966), *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse*. – In: J. Lacan: *Écrits*. Le Seuil, Paris.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., *Vocabulaire de la psychanalyse*. P.U.F., Paris.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1966), *Human Sexual Response*. Little, Brown & Co, Boston.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1971), *Seksuele stoornissen bij man en vrouw*. Manteau, Paris-Amsterdam-Brussel.
- Pasini, W., mededeling op *Symposium International de Gynécologie psychosomatique et Sexologie*. Luxembourg, 13-14 dec. 1975.
- Perrier, F. (1968), *Structure hystérique et dialogue analytique. Confrontations psychiatriques*, 1, 101.
- Platon (1945), *Oeuvres Complètes* (3^e Vol.), Garnier, Paris.
- Pontalis, J. B. (1968), *Après Freud*. Gallimard, Paris, 220-238.
- Racamier, P. - G. (1952), *Hystérie et théâtre. Entretiens Psychiatriques*. (L'Arché).
- Salzman, L. (1967), *Van Freud tot nu*. Recente ontwikkelingen in de psychoanalyse. Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- Schotte, J. (1969), *Psychologie phénoménologique des modes d'existence sensoriels*. *Rev. Psychol. Sci. Educ.*, 4, 2, 210-219.
- Sigus, V. (1972), *Medizin und Sexualität. Sieben Thesen zur kritischen Reflexion ihres Verhältnisses*. – In: V. Sigus (Ed.) *Ergebnisse zur Sexualmedizin*. Wissenschaftsverlag, Köln.
- Singer, I. (1977), *De zin van seks*. Bruna & Zoon, Utrecht - Antwerpen.
- Van den Berg, J. (1961/10), *Metabologica*, Callenbach, Nijkerk.
- Van Ussel, J. (1970), *Sexualunderdrukking*. Rowohlt, Reinbek.
- Verhulst, J. (1978), *Ontwikkelingen op het gebied van de nieuwe seksuele therapieën*. – In: *Leuvense cahiers voor sexuologie* (in druk).